

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1925

THÈSE

N°
272

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

Par M. Henri JUPIN

Né à Courbevoie (Seine), le 16 Décembre 1897.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

FORME ŒSOPHAGIENNE

DU

CANCER DE L'ESTOMAC

Président : M. ACHARD, Professeur,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'honneur.

PARIS
IMPRIMERIE PAUL DUPONT
4, RUE DU BOULOI, 4

1925

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
FORME ŒSOPHAGIENNE
DU CANCER DE L'ESTOMAC



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551626_0048

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1925

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

Par M. Henri JUPIN

Né à Courbevoie (Seine), le 16 Décembre 1897.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

FORME ŒSOPHAGIENNE

DU

CANCER DE L'ESTOMAC

Président : M. ACHARD, Professeur,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'honneur.

PARIS
IMPRIMERIE PAUL DUPONT
4, RUE DU BOULOI, 4

1925



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

LE DOYEN M. ROGER.

I. — PROFESSEURS.

Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	N.....
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBE
Pathologie médicale	SICARD
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	GILBERT
	CHAUFFARD
	ACHARD
	WIDAL
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET
	HARTMANN
	LEJARS
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	LEGUEU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	BRINDEAU
	JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SERILEAU

Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT
Professeur sans chaire	ROUVIERE

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE.

ABRAMI	Pathologie médicale.
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOIN	Pathologie médicale.
BINET	Pathologie médicale.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULE	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRE	Hygiène.
I. DE JONG	Anatomie pathologique.
DUVOIR	Médecine légale
ECALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBE HENRI	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE	Pathologie médicale.
LEVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurgicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale.
RICHT FLS	Physiologie.
TANON	Pathologie médicale.
TIFFENEAU	Pharmacologie et matière médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale.
VELTER	Ophthalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS.

GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUENIOT	Obstétrique.
RETIERER	Histologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS A TITRE PERMANENT.

AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LEREBoullet	Clinique médicale infantile.
LERI	Clinique médicale.
LOEPER	Clinique médicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
RATHERY	Clinique médicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS.

MAUCLAIRE (Agrége)	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

A qui je dois tout.

A MA MERE

A MA FIANCEE

A MA SOEUR

MEIS ET AMICIS

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CH. ACHARD.

Professeur de clinique médicale.

respectueux hommage de reconnaissance pour
l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en
acceptant la présidence de cette thèse.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR PARMENTIER.

Médecin de l'Hôtel-Dieu.

qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et
nous a, en toutes circonstances, dirigé de ses
conseils aussi précieux que paternels.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR LEGRY.

*Professeur Agrégé à la Faculté,
Médecin honoraire des Hôpitaux.*

MONSIEUR LE DOCTEUR PROUST.

*Professeur Agrégé à la Faculté,
Chirurgien de l'Hôpital Tenon.*

MONSIEUR LE DOCTEUR PARMENTIER.

Médecin de l'Hôtel-Dieu.

MONSIEUR LE DOCTEUR RATHERY.

*Professeur Agrégé à la Faculté,
Médecin de l'Hôpital Tenon.*

MONSIEUR LE DOCTEUR FLORAND.

Médecin honoraire des Hôpitaux.

MONSIEUR LE DOCTEUR RUDAUX.

Médecin-Accoucheur de la Maternité.

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARFAN.

*Professeur d'Hygiène et de Clinique
de la première enfance,
Médecin de l'Hospice des Enfants-Assistés.*

A MESSIEURS LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS
DE L'HÔPITAL SAINT-JOSEPH DE PARIS

qui nous ont toujours accueilli dans leurs
services avec la plus grande bienveillance.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
FORME ŒSOPHAGIENNE
DU CANCER DE L'ESTOMAC

INTRODUCTION

La pathologie digestive est parmi tous les chapitres de pathologie un de ceux qui, malgré les grands progrès que les découvertes modernes ont apportés à la médecine, restent encore parfois bien obscurs, et souvent bien décevants pour le praticien.

Aussi, malgré la complexité et l'intrication des divers phénomènes chimiques, nerveux et mécaniques, qui se produisent dans les divers segments du tractus digestif, nous croyons qu'il est utile de chercher à ranger, à classer, à cataloguer, ce que nous sommes à même d'observer.

A notre époque, où la Médecine, par suite des horizons nouveaux ouverts devant elle, tend, certains diront malheureusement pour l'Art de guérir, à se diviser en « spécialités » parfois un peu trop étanches, ce penchant à l'ordre et à la méthode est un besoin intellectuel impérieux, qui doit nous aider à extraire du fatras apparent des réactions physiologiques, ce qui peut être utile, pour nous praticiens, dans l'établissement d'un diagnostic précis, partant, pour l'établissement d'un traitement rationnel et efficace.

Dans ce travail, nous avons voulu simplement apporter une modeste contribution à l'étude d'une forme clinique spéciale du cancer de l'estomac, forme clinique non classique encore peut-être, mais, toutefois réelle, en ajoutant à la liste des faits déjà étudiés, l'appoint de constatations récentes, ainsi que plusieurs nouvelles observations.

Pour atteindre notre but, nous nous efforcerons, dans un historique court, de rassembler des faits épars dans la littérature médicale, cas auxquels le terme de « forme œsophagienne » du cancer de l'estomac aurait bien pu s'appliquer. Puis nous présenterons l'état actuel de la question d'après les travaux récents originaux et les opinions de divers auteurs. Ensuite, nous attachant à l'étude clinique, nous passerons alors aux observations que nous avons pu recueillir, les unes dans la bibliographie médicale, les autres dans le service de notre Maître, M. le D^r Parmentier, qui nous a inspiré le sujet de cette thèse, et dans le service de M. le Professeur Hartmann assisté par M. le D^r Bergeret.

A tous trois, nous témoignons notre reconnaissance pour la bienveillance dont ils ont bien voulu nous entourer. Plus loin, nous envisagerons l'étude critique de la forme œsophagienne et de nos cas en particulier, pour en tirer les conclusions utiles.

HISTORIQUE

Il y a longtemps déjà que les auteurs avaient signalé que diverses affections de l'estomac pouvaient amener des signes fonctionnels œsophagiens.

Dès 1885, Péter relate le spasme œsophagien produit par une gastrite chronique.

Certains ont observé que cette symptomatologie œsophagienne pouvait se noter plus particulièrement dans le cancer de l'estomac. Vers la même époque, Potain y fait allusion.

Plus tard, en 1895, Schrameck fait une thèse intitulée « Spasme de l'œsophage dans le cancer de l'estomac » et publie une observation typique.

Soupault, en 1902, présente à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris une note sur un syndrome simulant le rétrécissement de l'œsophage et dû à la rétraction atrophique de l'estomac, rétraction qui, dans trois de ses quatre cas, est cancéreuse. Reprenant ce que nous avons avancé plus haut, nous lisons dans cette note de Soupault :
« Il n'est pas rare d'observer, dans le cours des affec-
« tions du tube digestif et en particulier des maladies de
« l'estomac (organiques ou fonctionnelles) des phéno-
« mènes de spasme œsophagien bien nettement carac-
« térisés par des troubles subjectifs, dysphagie et vomis-
« sements par régurgitations et par des troubles

« physiques : contracture intermittente présentant au passage de la sonde un obstacle plus ou moins serré et difficile à vaincre ».

En 1904, Chauffard parlant de l'œsophagisme s'exprimait ainsi : « Parfois la cause excitatrice part d'un organe voisin; les dyspepsies, par l'irritation de la muqueuse qu'elles provoquent, sont capables de produire à distance un spasme œsophagien ».

Galliard, en 1906, traitant de la même question dit : « L'œsophagisme mérite bien rarement d'être dénommé idiopathique, presque toujours il est symptomatique ». « Les lésions organiques qui peuvent le faire naître par voie réflexe siègent en dehors de l'œsophage : ulcération du larynx, tuberculose de larynx, amygdalite, *cancer de l'estomac*... ».

Bertier, en 1908, dans sa thèse, en parlant des sténoses spasmodiques du cardia dues à une lésion à distance, écrit : « Il est possible que certaines lésions d'organes voisins soient suffisantes à elles seules pour produire un rétrécissement spasmodique réflexe du cardia ». Plus loin, on lit encore : « Mais c'est surtout au cours du *cancer de l'estomac* qu'on aura l'occasion d'observer ce spasme symptomatique. Il se produira, évidemment plus volontiers, lorsque la tumeur siègera dans le voisinage immédiat, que lorsqu'elle sera éloignée et se sera développée dans la région pylorique par exemple ». Puis, vient une observation que nous rapporterons plus loin.

Un peu plus près de nous, dans le traité des maladies de l'œsophage de Guisez en 1911, on note : « Les lésions de l'estomac (*cancer*, plaies) retentissent facilement sur l'œsophage amenant des spasmes qui peuvent tromper sur le siège de la lésion et faisant croire à une sténose œsophagienne ».

En résumé, les manifestations œsophagiennes du cancer de l'estomac sont admises par tous les auteurs, et c'est seulement à partir de cette époque que nous trouverons, au milieu des travaux variés, un essai d'extériorisation de cette forme qui nous intéresse : *la forme œsophagienne du cancer de l'estomac*.

Il nous semble logique d'arrêter là notre historique; en effet, les environs de 1910, en tenant compte de la période de la guerre, sont moins éloignés de nous qu'ils ne le paraissent. D'ailleurs, à partir de cette époque, le perfectionnement continuel de la technique en chirurgie abdominale, de même que l'application facile de la radiologie dans le diagnostic des maladies des voies digestives ouvrent réellement un jour nouveau et actuel sur la question.

ETAT ACTUEL DE LA QUESTION

Les quinze dernières années ont vu évoluer, d'une façon remarquable, la pathologie gastro-intestinale. A la lumière de la radiologie principalement, le médecin d'abord, a pu préciser d'une manière plus complète et plus minutieuse son diagnostic, le chirurgien ensuite, grâce à ce diagnostic établi et grâce aux améliorations apportées dans la technique et dans l'instrumentation, a pu intervenir efficacement pour, nous n'osons pas dire guérir, mais pour soulager et prolonger, durant quelques mois ou quelques années, l'existence des malades, afin de leur rendre sinon une vie normale, du moins supportable.

Nous commençons alors à relever dans la littérature médicale, au chapitre « Cancer de l'estomac », un essai de classification plus net et plus rigoureux qu'auparavant. Autrefois, on parlait de signes œsophagiens pouvant s'observer dans les affections gastriques, plus tard on incrimine plus souvent le cancer, et enfin nous voyons une première tentative fort intéressante de mise en ordre des formes qui nous occupent, dans la thèse de Jacquier-Brêt, en 1909, intitulée : « Le cancer sous-cardiaque de l'estomac ». Puis, en 1911, une thèse de Paris faite par Rousseau traitant « De quelques formes et cas rares du cancer de l'estomac » n'hésite pas, à côté de formes en effet beaucoup plus rares, à étiqueter un de ses chapitres : « Forme sous-cardiaque avec symptômes œsophagiens ».

En 1913, Mlle Nadejda Trechtchenkow, dans sa thèse : « Contribution à l'étude du cardiospasme », nous offre un cas de cancer de l'estomac à forme œsophagienne.

Pendant la guerre, peu d'observations à relever; toutefois, Mademoiselle Landesmann, dans sa thèse faite en 1917, sous l'inspiration de M. le Docteur Parmentier, notre maître, et intitulée : « Du cardiospasme, sa conception actuelle », dit ceci : « A côté du cardio-
« spasme maladie, du cardiospasme idiopathique, on
« peut observer des *spasmes symptomatiques*, soit qu'il
« s'agisse d'une affection gastrique, ulcère ou *cancer de*
« *l'estomac* ».

Enfin, en 1919, c'est une thèse de Lyon, fort documentée, qui rassemble un certain nombre de cas et qui, pour la première fois, appelle cette forme : « LA FORME OESOPHAGIENNE DU CANCER DE L'ESTOMAC ». Depuis cette époque, l'étiquette nouvelle étant admise par tous les auteurs, on s'efforce de plus en plus de dépister, chaque jour, les cas nouveaux qui se présentent et de les rassembler sous le même vocable.

Pour notre modeste part, nous tenons à affirmer que nous avons voulu simplement essayer de grouper, dans la forme œsophagienne, les cas trouvés dans une revue rapide des faits saillants de la littérature médicale, auxquels nous avons apporté la contribution de quelques cas nouveaux et récents.

ETUDE CLINIQUE

DEFINITION

La forme œsophagienne du cancer de l'estomac est définie ainsi dans la thèse de Michel : « Ce sont des « malades ayant cliniquement des phénomènes de « sténose œsophagienne conduisant, de par les signes « locaux et généraux, au diagnostic du cancer de l'œso-
« phage et qui sont trouvés porteurs, à l'autopsie ou à
« la radiologie, uniquement d'un cancer de l'estomac ».

Nous modifierons un peu le dernier membre de phrase en disant : « et qui sont trouvés porteurs à la radioscopie, à l'intervention chirurgicale ou à l'autopsie, uniquement d'un cancer de l'estomac, quand l'examen clinique n'a pas déjà mis sur la piste de ce diagnostic ». Nous insisterons particulièrement sur ce fait, que la forme œsophagienne du cancer de l'estomac est celle qui se présente à nous, non pas toujours avec une symptomatologie purement et strictement œsophagienne, mais avec des signes cliniques et même radiologiques, dont l'intensité ou la prédominance font songer à une affection œsophagienne et plus spécialement à un cancer de l'œsophage.

Bien qu'étudiant la forme œsophagienne dans son ensemble, nous ne manquerons point de souligner la part qui revient à l'action réflexe pure et simple ou à l'action mécanique, bien entendu, dans la mesure du possible.

ETIOLOGIE

Parler d'étiologie, à l'heure actuelle, dans une affection cancéreuse, pourrait paraître un peu prématuré. Nous voulons simplement dire que, soit dans la variété réflexe, soit dans la variété mécanique, l'origine des symptômes œsophagiens est dans la présence d'une infiltration cancéreuse située, au moins dans la période initiale, entre l'œsophage exclusivement et le pylore inclusivement, que cette infiltration soit nodulaire, circulaire ou généralisée.

SIGNES FONCTIONNELS

Ce sont les premiers qui apparaissent, comme dans presque toute affection gastro-intestinale. Ces signes sont, à peu de différence près, les mêmes dans les deux variétés. Toutefois, leur ordre de succession peut varier suivant que l'on a affaire à l'une ou à l'autre.

Dans la *variété réflexe*, c'est une crise d'œsophagisme qui apparaît la première, crise caractérisée suivant Mondière par : « Une constriction du canal pharyngo-œsophagien, constriction plus ou moins complète et plus ou moins durable, sans lésion organique appréciable au point où elle siège, et pouvant, ou produire une dysphagie absolue, ou empêcher seulement la déglutition des corps solides ou liquides ». Cet œsophagisme est caractérisé par une dysphagie, le plus souvent intermittente et progressive. Cette dysphagie est accompagnée d'une sensation d'arrêt rétro-sternal. En effet, Guisez nous a appris que le spasme du cardia, rarement perceptible par le malade, est souvent accompagné d'un spasme de la bouche œsophagienne, celui-là donnant une sensation nette de gêne ou d'arrêt. A la suite de ce spasme apparaissent les vomissements dits œsophagiens, c'est-à-dire vomissements alimentaires impérieux, se produisant

sans effort et survenant presque toujours au cours du repas ou peu de temps (de cinq minutes à un quart d'heure) après l'ingestion d'aliments. Nous ajouterons que, parfois, à côté de nombreux malades anorexiques, il peut y en avoir d'autres, qui ont une faim relative, en raison de la quantité absolument insuffisante d'aliments qui parviennent à demeurer dans l'estomac. On note aussi des régurgitations salivaires, dues au réflexe œsophago-salivaire, dans les sténoses du cardia et que M. Roger a décrit complètement. Rarement les malades accusent des douleurs très vives, mais simplement des pesanteurs après les repas et des digestions traînant en longueur.

Dans la *variété mécanique*, nous notons, au contraire, plus souvent les troubles gastriques au début: anorexie marquée, pesanteurs, renvois acides ou sans goût, douleurs, et seulement ensuite apparaissent les phénomènes œsophagiens, qui peuvent atteindre une intensité considérable, témoignant, soit de l'extension du néoplasme vers la partie inférieure du cardia, soit de l'infiltration généralisée des parois gastriques réduisant considérablement la capacité de l'estomac.

Donc, pour le praticien, grosse importance à attacher à l'étude des signes fonctionnels et à l'ordre et l'intensité avec lesquels ils ont apparus.

SIGNES PHYSIQUES

Dans la *variété réflexe*, les signes physiques sont peu intenses ou n'existent pas. On note un creux épigastrique sensible à la palpation, mais sans tumeur révélabable par ce procédé. Bien souvent, la recherche du clapotage et de la sonorité de la région stomacale n'éclaircissent en rien nos investigations. Par contre, dans la *variété mécanique*, nous avons plus souvent une tumeur palpable accompagnée d'une matité diffuse, soit

une induration nettement localisée à une région de l'estomac, soit une infiltration généralisée dans le cas de linite plastique cancéreuse. Il peut arriver que l'on note un ganglion susclaviculaire ou un foie augmenté de volume traduisant une métastase due à un néoplasme primitif. Au point de vue pratique, si nous ne devons jamais négliger l'étude des signes fonctionnels, dans le cas qui nous occupe, ou ces renseignements sur les signes physiques peuvent faire défaut, ou ils sont tellement expressifs que le pronostic fatal à brève échéance paraîtra s'imposer.

SIGNES GENERAUX

Les signes généraux sont ceux des néoplasies. Peu accusés au début de l'affection, ils deviennent ensuite caractéristiques. C'est la teinte jaune paille, le dégoût des viandes, l'asthénie musculaire complète, l'amaigrissement considérable amenant à la période de cachexie, avec son cortège de complications telles que l'œdème ou la phlegmatia, la fièvre qui n'est pas une manifestation rare. Tout à fait au début, nous ne remarquons rien, mais lorsque l'affection a atteint un certain degré de gravité, un seul de ces signes suffit souvent — nous le voyons fréquemment dans la pratique courante — pour orienter immédiatement le diagnostic vers un néoplasme.

SIGNES RADIOLOGIQUES

Les signes radiologiques sont ceux qui apportent, au diagnostic, le plus de certitude. Depuis la découverte de l'opacité de certains corps, comme les sels insolubles de bismuth et de baryum et de leur innocuité par ingestion, la gastro-entérologie a fait de grands progrès.

Il existe, en effet, des signes radiologiques qui sont pathognomoniques de certaines affections du tube digestif. Sur ce point, nous nous adressons aux voix les plus

autorisées : Bécclère dit : « Associée à l'examen clinique, « l'exploration radiologique apporte au diagnostic des « lésions organiques de l'estomac une exactitude et une « précision jusqu'alors inconnues ». En effet, maintenant, nous savons que deux images principales sont fournies par l'examen radiologique de l'estomac, chacune d'elles étant pathognomonique d'une lésion. L'image diverticulaire est synonyme d'ulcus, tandis que l'image lacunaire est synonyme de cancer; pour cela, reportons-nous de nouveau à Bécclère : « L'observation « d'une lacune dans l'image radiologique de l'estomac, « toute cause d'erreur de technique étant écartée, équivaut au diagnostic de tumeur stomacale. Quand la « palpation la plus attentive ne fait découvrir aucune « tumeur, aucune induration, et cependant que l'image « de l'estomac est, à n'en pas douter, une image lacunaire, c'est alors que ce signe radiologique acquiert « sa plus grande valeur, puisqu'il permet d'affirmer avec « certitude l'existence, le siège et les dimensions d'une « tumeur qu'aucune autre méthode d'exploration ne « révèle ».

De même, pour l'examen de l'œsophage, la radiologie apporte des précisions indiscutables. La technique sera la même : absorption d'une substance opaque. Chauffard s'exprime ainsi en parlant de l'emploi de la radiologie dans l'examen de l'œsophage : « Celle-ci (la « radiologie) est, au contraire, une arme admirable par « sa simplicité, sa précision et son innocuité. On peut « employer deux méthodes : l'une moins usitée maintenant, consiste à faire ingérer un cachet de un ou deux « grammes de bismuth pendant que le malade est mis « en position oblique devant l'écran. On voit le bismuth « osciller, s'arrêter en un point déterminé et osciller « sous les mouvements antipéristaltiques de l'œsophage, « puis, au bout d'un certain temps, si le rétrécissement « n'est pas trop serré, s'engager dans celui-ci. L'autre

« méthode, supérieure par l'emploi de la bouillie barytée
« ou bismuthée, permet de constater non seulement le
« siège du rétrécissement, mais le siège et les dimen-
« sions de la poche qui se produit fatalement au-dessus
« de toute partie rétrécie ». En principe, il est préférable
d'employer successivement les deux méthodes, de com-
mencer par l'épreuve du cachet et de continuer par
l'épreuve de la bouillie barytée.

En résumé, dans la forme œsophagienne du cancer
de l'estomac, l'examen radiologique nous montre, dans
la variété réflexe, un arrêt de la bouillie opaque au niveau
du cardia, traduisant la sténose existant en ce point, et
ensuite l'examen gastrique nous révèle le plus souvent
une lacune qui peut être située en un point variable.
Dans la seconde variété, dite variété mécanique, on peut
noter une sténose du cardia, mais celle-ci n'est pas de
rigueur et le plus souvent nous voyons un estomac
de capacité extrêmement réduite, soit du fait de ce que
Béclère appelle un estomac rétracté par squirrhe ou
linité, soit du fait du développement d'énormes bour-
geons cancéreux dans l'intérieur de sa cavité.

DIAGNOSTIC

Nous abordons, ici, le point éminemment délicat de
toute étude clinique. Comment allons-nous interpréter
les différents signes que nous venons d'étudier. Dans le
cas qui nous occupe, le seul diagnostic à faire est avec le
cancer de l'œsophage. Nous nous reportons à l'étude que
Michel a faite sur ce point : « Avant la radiologie, c'était
« là, tâche fort difficile à remplir dans l'une comme dans
« l'autre variété : la preuve en est dans le nombre de
« diagnostics erronés qui furent portés. La radioscopie
« est, en effet, d'un grand secours dans ces cas, pour
« deux raisons : en permettant d'abord de constater que
« le malade est porteur d'une tumeur de l'estomac dans

« les cas si fréquents où il n'y a pas de signe à la palpation; en facilitant ensuite l'étude du trouble de l'œsophage qui s'objective par la dysphagie.

« Là encore, il nous faut, comme plus haut, considérer à part les deux variétés :

« a) A-t-on affaire à la variété spasmodique de la forme œsophagienne du cancer de l'estomac ou à un cancer de l'œsophage? Deux hypothèses : ou rien à l'estomac, ni cliniquement, ni radiologiquement, et il y a tout lieu de croire à un cancer de l'œsophage. Ou on trouve une tumeur palpable confirmée par la radioscopie, ou seulement une radioscopie positive. Dans ce cas, malgré les expériences de Cornil, qui ont démontré les faits de tumeurs multiples, d'inoculation du cancer au porteur de la tumeur primitive s'expliquant par une greffe des éléments cancéreux, fait extrêmement rare, si tant est qu'il existe dans la pratique, dans ces cas, disons-nous, c'est de parti pris qu'il faut chercher dans le spasme œsophagien l'origine des troubles dysphagiques que présente ce cancéreux de l'estomac. »

« De nombreux moyens sont du reste pour cela à notre disposition. L'étude de l'évolution clinique qui montre dans le cancer de l'œsophage une dysphagie plus progressive, plus continue, plus fatale; l'absence d'antécédents dyspeptiques nets; le cathétérisme qui peut ramener des débris cancéreux, quoique Chauffard qualifie cet instrument de mauvais, brutal et aveugle, qui ne doit plus appartenir qu'à l'histoire de la médecine, détrôné qu'il est par la radiologie, arme admirable, simple, précise et inoffensive .»

L'œsophagoscopie nous donne aussi des indications précieuses pour l'établissement de notre diagnostic.

Si nous avons à hésiter entre une sténose cancéreuse de l'extrémité inférieure et une sténose réflexe, dans ce

cas l'image que l'on observera à l'œsophagoscope tranchera la difficulté.

A l'état normal, l'image affecte la forme d'un entonnoir à lèvres plissées. A l'état spasmodique peu ancien, on voit toujours le même aspect en entonnoir, mais avec des plis nombreux, profonds et étroitement accolés. Dans un spasme déjà ancien, l'orifice reste en entonnoir, mais dans la muqueuse se dessine une sorte de bourrelet sphinctérien très proéminent, qui fait saillie à l'intérieur du tube.

Par contre, dans une sténose due à un cancer de l'œsophage, que la lésion affecte la forme bourgeonnante, papillomateuse ou ulcéreuse, le caractère dominant est la présence de productions anormales à la surface de la muqueuse, productions qui saignent au moindre contact et laissent suinter un liquide sanieux dont l'odeur putride se manifeste lorsqu'on retire le porte-coton du tube œsophagoscopique.

« Le chimisme qui montre où en est la fonction
« sécrétoire de l'estomac, la radioscopie surtout, répétée
« dans des conditions différentes, de manière à vérifier
« si les signes radiologiques sont permanents et uni-
« formes ou s'ils varient dans leur apparition, leur degré
« et leur siège. »

« b) Est-on en présence de la variété mécanique de
« la forme œsophagienne du cancer de l'estomac ou
« d'un cancer de l'œsophage? »

« C'est la radioscopie qui, à elle seule, fait ici le
« diagnostic, en montrant le tube œsophagien ne for-
« mant qu'un avec le petit estomac rétracté, au cardia
« tantôt béant, tantôt plus ou moins resserré. Le signe
« de Soupault du débordement par regorgement con-
« firme ce qui a été vu à l'écran. La clinique, le
« chimisme et l'œsophagoscopie venant ajouter chacun
« leur part au diagnostic radioscopique. »

EVOLUTION - PRONOSTIC - COMPLICATIONS

En matière de cancer, l'évolution est toujours fatale, et la forme qui nous occupe échappe moins que toute autre à cette loi. Les complications habituelles du cancer peuvent survenir : hémorragies, perforations amenant une péritonite généralisée, fistule gastro-colique et enfin généralisation du cancer, soit par propagation directe du voisinage (adhérences), soit par voie lymphatique ou sanguine. Le pronostic est fatal dans un délai plus ou moins rapproché, surtout si on n'intervient pas ou si on ne peut pas intervenir.

TRAITEMENT

Inutile de parler de traitement causal, c'est le traitement palliatif seul qui est possible. Le premier traitement à envisager, une fois le diagnostic du cancer et de son siège établi, est de s'attaquer à la lésion elle-même.

Michel a envisagé la question avec une netteté remarquable; il dit en parlant de l'opération : « Intervention qui variera avec le tableau opératoire. Trouve-t-il un cancer partiel (variété spasmodique en général), ce sera la gastrostomie si la tumeur est haut située près du cardia, et l'exérèse ou, à défaut, la gastro-entéro-anastomose si elle est bas située. Trouve-t-il un cancer total (variété mécanique en général), impuissant, il arrêtera là son acte chirurgical ».

La thérapeutique utilisée habituellement contre le spasme de l'œsophage ne doit être entreprise que dans les cas où l'acte chirurgical est impossible, ou bien a été réduit à une simple laparotomie exploratrice, ou bien secondairement à celui-ci, quand il n'a pas suffi à faire disparaître le trouble œsophagien.

Enfin, nous devons noter l'action parfois heureuse

d'une laparotomie faite dans la forme spasmodique; Michel, dans sa thèse, cite un cas qu'il emprunte à Richelot : « C'est l'histoire d'un homme de 52 ans, atteint de « cachexie et de dysphagie extrêmes, attribuées à un « cancer de l'œsophage. La laparotomie faite dans « l'intention de pratiquer une gastrostomie, on trouve « un estomac tellement infiltré par un cancer, qu'on « arrête là l'intervention, faute de pouvoir attirer le « viscère au dehors par suite des adhérences. Peu de « temps après, cet homme, dont la dysphagie avait été « extrême et dominait la scène, mangeait de la viande « et quittait l'hôpital très amélioré ».

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous n'insistons point sur l'examen histo-pathologique, puisqu'il n'a pu être souvent pratiqué. Dans la variété réflexe, nous voyons le plus souvent une masse néoplasique peu volumineuse, siégeant de préférence dans la région prépylorique, ou sur la petite courbure avec, parfois, extension terminale au cardia. Dans la variété mécanique, c'est la microgastrie qui supprime la cavité gastrique ou une tumeur proéminente à l'intérieur de l'estomac et située au voisinage du cardia.

PATHOGENIE

Essayer d'élucider la pathogénie de la variété réflexe serait vouloir expliquer le cardio-spasme. Nous nous en sentons incapables, les avis étant très divisés sur le rôle que le pneumogastrique et le sympathique se partagent dans ce phénomène physiologique. Nous noterons simplement que la question a été étudiée récemment encore et, à ce propos, nous citerons MM. Loeper et Forestier qui ont écrit un article sur « les lésions nerveuses du « pneumogastrique et le cardiospasme récurrent dans le « cancer de l'estomac ».

« Le néoplasme est susceptible de comprimer, de
« détruire ou d'exciter les racines nerveuses et même des
« troncs importants du nerf vague, et de réaliser des
« troubles moteurs analogues à ceux que détermine
« l'inflammation d'un ulcère ou le couteau du chirurgien. La plupart de ces symptômes moteurs occupent
« la région médiogastrique ou la région pylorique. Mais
« il n'est pas impossible qu'ils aient aussi pour siège le
« cardia. Le phénomène est plus rare. Il est inconnu
« dans le domaine expérimental, mais il n'est pas absolument nouveau en pathologie gastrique, et les constatations faites dépassent déjà le domaine des hypothèses. Heyrowski, Krauss et Paltauf ont publié
« quelques cas d'ulcus pylorique ou prépylorique accompagnés de spasme cardiaque si marqué qu'un de ces
« cas au moins nécessita la gastrostomie. L'un de nous
« fit voir dans un cas de ces ulcus gastriques à manifestations à distance, que l'on peut appeler rétrogrades,
« des lésions importantes des racines nerveuses du
« vague.

« Ce qui s'est dit de l'ulcus peut et doit se dire du
« cancer. Avec une moindre fréquence, il faut l'avouer,
« car le cancer est moins irritant, moins excitant que
« l'ulcus. Mais à l'inflammation névritique qu'il peut
« engendrer, s'ajoute la propagation du néoplasme dans
« les gaines nerveuses, que nous avons indiquée et
« discutée plus haut.

« Et nous croyons pouvoir conclure que le spasme
« du cardia prend place à côté des autres signes d'irritation du vague, par quoi s'accuse, dans certains cas,
« le cancer de la petite courbure; que ce spasme suffit
« souvent à caractériser la forme sous-cardiaque ou
« pseudo-œsophagienne et que son substratum physiologique peut résider dans les lésions névritiques des
« racines du vague ou dans la cancérisation progressive
« et ascendante de ses racines ». Sans vouloir conclure,

ni dans un sens, ni dans un autre, il nous paraît juste de dire ce que divers auteurs pensent de la question. Pour certains, le spasme du cardia ne serait pas un cardio-spasme proprement dit, dans lequel le pneumogastrique et le sympathique mêleraient leur action respective, mais un spasme du diaphragme d'origine réflexe, un phréno-spasme, occasionnant la fermeture du cardia par une constriction mécanique circulaire.

Pour ce qui est de la pathogénie dans la variété mécanique, il est inutile d'y insister. Un obstacle se présente, soit par une tumeur proéminente, soit par microgastrie, il apparaît logique que les aliments s'accumulent au cardia et même dilatent la portion de l'œsophage située au-dessus.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(Empruntée à la thèse d'ESSART, Lyon 1907.)

P... F.. entre à l'hôpital le 16 octobre 1895. Rien à signaler dans les antécédents; à 13 ans, chancre syphilitique de la vulve, traitée pendant 3 mois, puis internée deux ans dans une maison de correction. A sa sortie, vie déréglée, boit trois absinthes par jour.

Amaigrissement depuis le commencement de 1894. Ressent après les repas de vives douleurs au creux épigastrique et, de temps à autre, il y a des vomissements; l'amaigrissement augmente de plus en plus.

Règles jusque là fixes, maintenant supprimées. A l'entrée, amaigrissement très marqué, yeux excavés, pommettes saillantes, teint pâle, muqueuses décolorées, syphillides pigmentaires du cou. Au niveau du creux épigastrique douleur intense s'irradiant entre les épaules et rendant l'exploration plus difficile; on ne sent pas d'empâtement, sonorité normale.

L'ingestion d'aliments exaspère les douleurs, inappétence presque absolue. Traitement : vésicatoires sur l'estomac, régime lacté. Les douleurs diminuent au bout de trois semaines. Nouvel essai d'alimentation : les aliments solides s'arrêtent au niveau du cardia et l'ingestion est immédiatement suivie de régurgitations; pas de sang dans les vomissements.

Par moments, déglutition normale. Les douleurs apparaissent plus ou moins violentes et parfois disparaissent complètement. Bientôt, la malade ne prend plus aucune

nourriture et maigrit de plus en plus. Jamais de teinte jaune paille ou d'adénopathie. Facies tuberculeux. Gavage essayé, la sonde est arrêtée au niveau du cardia; la plus petite olive y passe difficilement. On porte le diagnostic de rétrécissement de l'œsophage syphilitique, après avoir éliminé le cancer à cause de l'âge et de l'absence de symptômes. On donne de l'iodure sans résultat. L'amaigrissement devient extrême malgré les lavements alimentaires. Les troubles digestifs augmentent; en janvier 1896, on essaie vainement la dilatation du rétrécissement, le muguet apparaît. Décès en février 1896 avec émaciation extrême.

Autopsie. — Un litre de liquide verdâtre séreux dans le péritoine, granulations péritonéales. Tube digestif enlevé en masse : on isole à grand peine l'estomac dont la paroi est dure, blanchâtre et tomenteuse. L'œsophage est normal au-dessus du cardia. Estomac rétracté, les parois, y compris celles du pylore et du cardia sont épaisses, blanchâtres, d'aspect lardacé, l'épaisseur en certains points (grande courbure) atteint cinq centimètres. En somme, épithélioma développé aux dépens des culs de sac glandulaires de la muqueuse gastrique. Mêmes lésions au pylore et au cardia. Rien à l'œsophage et au duodénum.

OBSERVATION II.

(Empruntée à la thèse de JACQUIER-BRËT, Lyon 1909.)

Homme, 53 ans, dont la santé décline rapidement depuis huit mois. Douleurs épigastriques. Digestions difficiles. Anorexie. Amaigrissement. Les troubles se sont accentués les deux derniers mois : régurgitations incessantes dès qu'il cherche à s'alimenter avec des mets non liquides; seuls ceux-ci passent quoique avec difficulté. Les régurgitations se produisent une demi-heure après la déglutition. Jamais de grands vomissements.

14 août 1906. Laparotomie sus-ombilicale, estomac atteint de cancer dans toute la coupe. Lésion annulaire et, vis-à-vis d'elle, infiltration du petit épiploon. Il persiste deux zones saines de l'estomac : l'une au-dessous du cardia et qui a quelques centimètres à peine; l'autre dans la

région pylorique où l'antra pylorique tout entier est indemne. Le cancer divise l'estomac en deux cavités séparées par un rétrécissement cylindrique et donne à l'organe une vague forme biloculaire.

Gastrostomie, antra pylorique fixé à la paroi. Amélioration immédiate; le lendemain, le malade avale du liquide par la bouche, puis par l'orifice stomacal continent jusque la mort fin octobre 1906.

OBSERVATION III.

(Empruntée à la thèse de JACQUIER-BRËT, Lyon 1909.)

Homme, 66 ans. Entre le 25 octobre 1906. Bien portant ordinairement, il décline depuis six mois et est dans l' inanition du dernier degré. Anorexie complète, vomissements incessants se reproduisant quelques minutes après l'ingestion des aliments. Le malade refuse pendant trois mois l'opération. Laparotomie : gros néoplasme du grand cul de sac, laissant libre le cardia et deux ou trois centimètres de l'estomac au-dessous du cardia. Gastrostomie, grande amélioration, deux mois après a repris quatre kilos. Meurt en 1907, six mois après l'opération.

OBSERVATION IV.

(Empruntée à la thèse de JACQUIER-BRËT, Lyon 1909.)

Homme, 58 ans. Malade depuis six mois, a commencé par maigrir beaucoup et à perdre l'appétit. Depuis trois mois les aliments, même liquides, ont de la peine à descendre. Quelques minutes après la déglutition il se produit un rejet de grandes quantités de glaires. A la radioscopie, on voit le cachet de bismuth s'arrêter nettement au voisinage du cardia. La cachexie est avancée. Pas de tumeur palpable.

Laparotomie sus-ombilicale le 29 juillet 1908. Cancer de l'estomac situé sur la petite courbure, près du cardia et ayant envahi les deux faces. La tumeur est fixée de tous côtés et l'on se borne à pratiquer une gastrostomie. Guérison opératoire, survie de quatre mois.

OBSERVATION V.

(Empruntée à la thèse de JACQUIER-BRËT, Lyon 1909.)

Homme, 58 ans. Entre à l'hôpital le 3 janvier 1908. Se plaint de troubles digestifs depuis quatre ans : vomissements espacés survenant sans efforts, tout de suite après l'ingestion des aliments, vomissements presque uniquement constitués par des liquides et des glaires.

Examen : pas d'arrêt œsophagien au cathétérisme. L'œsophagoscopie montre l'intégrité de l'œsophage et du cardia. La radioscopie montre un arrêt net du cachet bismuthé au niveau du diaphragme. La discordance des signes est à noter. Laparotomie latérale : tumeur de la face antérieure de l'estomac et étendue sur tout le pourtour de l'organe, mais laissant libre la zone cardiaque. Gastrotomie. Le spasme disparaît et le malade rentre chez lui dans un état aussi satisfaisant que peut l'être celui d'un néoplasique.

OBSERVATION VI.

(Empruntée à la thèse de JACQUIER-BRËT, Lyon 1909.)

Homme, 52 ans. Malade depuis dix mois. Diagnostic de cancer de l'œsophage. Au début anorexie et amaigrissement; depuis six mois changement : après la déglutition vomissements aqueux, maintenant alimentaires, cinq minutes après la déglutition. N'absorbe plus rien. Grosse tumeur profonde palpable.

Laparotomie : cancer généralisé au grand épiploon et aux ganglions; le cancer occupe la grande et la petite courbure et les deux faces sur une longueur de dix à quinze centimètres.

La radioscopie donnait : bouillie bismuthée s'étalant près du cardia; l'antré s'effilant ensuite sous forme de ligne noire longue de dix à douze centimètres, puis elle s'étalait de nouveau en se moulant sur la poche pylorique. Il y avait eu donc sténose cancéreuse étendue de l'estomac. Guérison opératoire, vomissements atténués, alimentation relativement mieux tolérée, pendant le mois suivant.

OBSERVATION VII.

(Empruntée à la thèse de JACQUIER-BRËT, Lyon 1909.)

Femme, 58 ans. Début, il y a un an, par de l'anorexie, de la perte des forces, douleur et pesanteur après les repas, rapidement aggravées les trois derniers mois, avec vomissements incessants quelques minutes après la déglutition. Les vomissements sont alimentaires et il y a aussi des régurgitations aqueuses.

Masse indurée douteuse sous les fausses côtes gauches. A la radioscopie : dilatation gastrique au-dessous du cardia, puis poche pylorique. Ces deux poches, de dimensions réduites, sont réunies l'une à l'autre par un défilé très étroit de sept à huit centimètres.

10 décembre 1908. Laparotomie : petite poche cardiaque, petite cavité pylorique séparées par un cancer sténosant de l'estomac occupant la petite courbure, les faces et la grande courbure, sur une longueur de 7 à 8 centimètres. Tumeur adhérente de toutes parts. Jéjunostomie. Amélioration. La malade vomit de temps à autre les quelques aliments ou liquides ingérés par la bouche.

OBSERVATION VIII.

(Empruntée à la thèse de ROUSSEAU, Paris 1911.)

Homme, 54 ans, entre à l'hôpital pour troubles de la déglutition rendant toute alimentation à peu près impossible, durant depuis deux mois (entre le 8 novembre 1905).

Examen : à l'union de l'épigastre et de l'hypochondre droit on sent une petite masse de consistance scléreuse. En décembre, douleur à l'extrémité antérieure de la 10^e côte droite, foie augmenté de volume. Mort le 21 décembre, 4 mois après le début apparent de la maladie.

Autopsie : cancer gastrique situé sur la petite courbure au-dessous du cardia distant de 4 centimètres de celui-ci. Rien à l'œsophage.

OBSERVATION IX.

(Empruntée à la thèse de ROUSSEAU, Paris 1911.)

Homme de 50 ans, entre à l'hôpital le 24 mars 1904, se plaignant d'une difficulté croissante à avaler ses aliments. Début mai 1903. A la deuxième bouchée du repas, sensation de striction, de brûlure à la base du cou; cette bouchée rejetée, le repas continue sans incident. Fin mai et juin 1903, les troubles de la déglutition sont aggravés, celle-ci devient de plus en plus pénible. Le bol alimentaire est rejeté accompagné de mucus, pas de vrai vomissement. En octobre 1903 entre à l'hôpital. A maigri de trois kilogs depuis le mois de mai. Le diagnostic de rétrécissement organique de l'œsophage, avec rétrécissement serré, mais franchissable au tiers inférieur, est porté. Pas de diminution de l'appétit, pas de dégoût des viandes, pas de vomissement gastrique, pas d'hématémèse, pas de melaena constaté.

En mars 1904, le malade est très amaigri, il a un teint pâle, blafard. Dans l'angle formé par le muscle grand droit et le rebord costal, on sent une résistance profonde, une masse très difficile à délimiter, non douloureuse à la pression. Le foie est normal. L'état général baisse rapidement. Mort le 14 août, dans la cachexie, 15 mois après le début des accidents.

Autopsie : cancer végétant de la petite courbure n'atteignant pas le cardia. Estomac petit et rétracté. Ganglions cancéreux de la chaîne coronaire et de la chaîne préaortique, ces derniers, entourant l'aorte en virole, fixaient la masse à la face antérieure du rachis.

OBSERVATION X.

(Empruntée à la thèse de Mlle Nadejda TRECHTENKOW, Paris 1913.)

Il s'agit d'un malade, N... (Auguste), entré le 14 février 1912 pour une affection stomacale qui le fait souffrir depuis deux ans. Elle a débuté par des pesanteurs au niveau de l'estomac, survenant une demi-heure environ après l'ingestion des aliments et par des vomissements,

d'apparition irrégulière, qui calment la gêne ressentie par le patient. Par moments, ces vomissements prennent une odeur très désagréable que le malade compare à de la viande corrompue. Il n'a jamais eu, par contre, d'hématémèse ni de melaena. Depuis deux ans cette affection évolue avec des rémissions, allant de quelques jours à quelques mois. Mais le malade souffre actuellement d'une douleur de la région péri-ombilicale, ressemblant à une brûlure et s'exaspérant dans le décubitus latéral droit. De plus, il a perdu l'appétit, accuse un dégoût marqué pour la viande et les matières grasses. Il se sent l'estomac serré dès qu'il essaie de s'alimenter. Constipation notable. L'examen du sujet montre l'amaigrissement et le teint jaune paille. Estomac atone, dilaté, clapotant, donnant à peine trois quarts de litre d'un liquide de stase, de teinte foncée, d'odeur butyrique, contenant des détritux alimentaires provenant du repas de la veille. Le liquide filtré est acide, mais ne contient pas d'HCL. Il s'agit des acides de fermentation. Notons que le sujet n'a pas de ganglions sus-claviculaires, mais qu'il présente des ganglions inguinaux des deux côtés. Le foie déborde de deux doigts le rebord costal, sa surface paraît irrégulière. La radioscopie montre l'atonie des tuniques de l'estomac. En somme, cette histoire, jusqu'ici, est celle d'un homme atteint d'un cancer de l'estomac non sténosant, n'intéressant pas les orifices.

Le 30 avril, dans la nuit, le malade est pris d'une crise des plus violentes de douleurs gastriques. Il a des hallucinations, du délire, puis tombe dans un demi coma. On observe des attitudes tétaniformes des extrémités. A la suite de cette crise, le malade revient à lui, mais ne peut plus s'alimenter. Ni solides, ni liquides ne passent et, à chaque tentative d'alimentation, le malade a la sensation d'une contraction intérieure se produisant au niveau de l'appendice xiphoïde, et remontant jusqu'à la gorge. On ne peut faire pénétrer un tube de Faucher dans l'estomac. Cet état spasmodique persista pendant huit jours, pour cesser ensuite. Il reprit vingt jours après pendant quelques jours. Il reparut ensuite par accès mais d'une façon assez capricieuse. La radioscopie, faite au moment de la première

crise, montre l'existence d'un spasme au niveau du cardia. Le 10 octobre 1912, le malade, depuis près d'un mois, n'a plus de crises de spasme du cardia, mais il prétend que les aliments s'arrêtent un long moment avant de pénétrer dans l'estomac. L'œsophagoscopie est pratiquée le surlendemain. Le tube pénètre facilement dans l'œsophage. L'apparence de ce conduit est absolument normale; on voit simplement quelques grumeaux de lait et une petite quantité de liquide. Le cardia fermé est d'apparence normale.

21 décembre. Depuis l'œsophagoscopie, l'alimentation du malade est plus aisée. Il n'y a plus d'obstacle infranchissable ou très difficilement franchissable du cardia. L'alimentation, quoique lente, s'opère néanmoins sans trop de difficultés. L'état général demeure très précaire. L'auteur de cette thèse termine en ajoutant : « Ainsi donc, « il s'agit, dans ce cas, de véritables crises de spasme du « cardia, survenues chez un malade atteint de cancer de « l'estomac. Cette observation rentre donc dans le cadre « des spasmes réflexes secondaires à une irritation stoma- « cale. Elle est, à ce point de vue, très démonstrative. »

OBSERVATION XI.

(Empruntée à la thèse de MICHEL, Lyon 1919.)

Jacq..., âgé de 69 ans, tisseur, entre dans le service de M. Devic, le 30 juin 1919, pour « troubles dysphagiques, vomissements précoces et amaigrissement ».

Rien à signaler dans ses antécédents en dehors de l'éthylisme. L'affection qui l'amène remonte à six mois. Un jour, le malade remarqua que les aliments solides, tels que le pain mal mastiqué, avaient de la peine à descendre; il lui semblait que quelque chose de dur et râpeux passait derrière son sternum et s'arrêtait à la partie inférieure du thorax. Il avait prit peu à peu l'habitude, ou de s'arrêter de manger quand il ressentait l'impression d'un arrêt des aliments, ou bien de boire une gorgée de vin pour activer la descente. Cette dysphagie augmenta progressivement, marquée d'abord pour les solides; elle se manifeste dans

la suite pour les aliments épais et même pour les liquides depuis un mois, au point que le malade se plaint d'avoir de la peine à déglutir son café du matin. En plus, Jacq... accuse des vomissements précoces, survenant une dizaine de minutes après la fin du repas, quand il n'est pas obligé, au cours de celui-ci, de se lever de table pour rejeter tout ou partie des aliments ingérés. Cette expulsion soulage beaucoup le malade et quelquefois cela lui permet de réingérer quelques aliments qui, cette fois, passent normalement. Ces vomissements précoces, à type œsophagien, au début de la maladie étaient intermittents; depuis trois mois, ils apparaissent à peu près quotidiennement. Le malade a progressivement perdu l'appétit sans avoir d'anorexie élective, l'amaigrissement est considérable, il aurait perdu 32 kilogs.

A l'examen, on trouve un abdomen rétracté, très déprimé. L'examen du creux épigastrique, qui est indolore, ne montra ni voussure, ni tumeur, ni contractions anormales. Quelques ganglions mobiles dans l'aisselle droite.

Le 2 juillet, à la radioscopie, le bismuth est arrêté au cardia. L'œsophage, dilaté modérément, présente des mouvements péristaltiques et antipéristaltiques. Toutes les deux minutes environ une grosse bouchée de bouillie pénètre dans l'estomac. Au bout de 7 minutes, l'œsophage est vide. L'estomac est légèrement dilaté et présente, dans la région pylorique, une lacune qui échancre l'image gastrique en formant un croissant à concavité supérieure.

Le 7 juillet, on note que, depuis quelques jours, les aliments passent sans difficulté et qu'il n'y a plus de vomissements.

Le 9 juillet, second examen à l'écran. Le spasme du cardia a cessé. L'estomac se remplit normalement. Aucun bismuth ne reste dans l'œsophage. Même lacune prépylorique.

Le 12 juillet, troisième examen à l'écran. On retrouve les mêmes phénomènes et les mêmes images que lors du premier examen du 2 juillet.

Le 15 juillet, tous les aliments passent à peu près

normalement, même le pain. De temps en temps, sensation passagère d'arrêt, mais sans rejet à l'extérieur, finit par passer.

OBSERVATION XII.

(Empruntée à la thèse de MICHEL, Lyon 1919.)

Malade observé cliniquement par M. LECLERC, médecin de l'Hôtel-Dieu, et radiologiquement par M. BOUCHUT.

Malade de clientèle sur lequel aucun renseignement clinique écrit n'avait été pris et dont, pour ce motif, nous sommes forcés de résumer l'observation.

Homme âgé d'une soixantaine d'années, vient consulter pour dysphagie considérable avec vomissements et cachexie progressive. Devant cet ensemble symptomatique, le diagnostic de cancer de l'œsophage est porté.

Le malade est alors passé aux rayons X. On y voit que le bismuth s'arrête au cardia. L'œsophage, un peu élargi, présente des mouvements antipéristaltiques. Au bout de deux minutes environ le bismuth commence à passer dans l'estomac par éjaculations intermittentes. Au bout de dix minutes, l'œsophage est vide et l'estomac plein. Ce dernier est dilaté et présente une grosse lacune de la petite courbure dans la région prépylorique. On voit néanmoins quelques rares bouchées de bouillie passer dans le duodénum.

OBSERVATION XIII.

(Empruntée à la thèse de MICHEL, Lyon 1919.)

Duf..., âgé de 64 ans, cantonnier, entre dans le service de M. DEVIC, le 7 avril 1919, pour « Dysphagie ».

Dans ses antécédents, on relève quelques signes de tuberculose (abcès froid, adénite) et un peu d'éthylisme. La maladie actuelle aurait débuté, il y a quelques mois, par une grosse diminution de l'appétit et une constipation opiniâtre. Mais les troubles dysphagiques remontent à trois mois et se manifestent par une grosse difficulté pour avaler certains aliments, surtout le pain. Le malade explique que,

dès la première bouchée, il sent un arrêt qu'il localise derrière le sternum, arrêt suivi, souvent, quelques minutes après, du rejet de l'aliment dégluti au milieu d'une salive abondante. Il précise que ces vomissements ne portent jamais sur des aliments digérés. Il lui arrive de garder plusieurs heures cette impression d'arrêt qui ne cesse qu'avec la régurgitation. Dans l'intervalle des repas, rejet fréquent et abondant de glaires, dans lesquels le malade n'a jamais constaté de sang.

A l'entrée, on se trouve en présence d'un malade amaigri qui dit avoir perdu 15 kilogs depuis le début de ses troubles gastriques. Teint jaune paille. Asthénie très marquée. Oedème des jambes après la marche. La langue est saburrale. L'examen de l'abdomen n'offre que des symptômes négatifs, palpation complètement indolore, aucune masse au creux épigastrique. Petits ganglions durs dans les aisselles et les régions inguinales.

Le 9 avril, la radioscopie montre que le bismuth s'accumule au-dessus du cardia au niveau duquel il s'arrête un certain temps; nombreux mouvements antipéristaltiques. Au bout de quelques minutes, la bouillie descend dans l'estomac assez rapidement. Ce dernier présente une lacune extrêmement bien délimitée au niveau de la petite courbure dans la partie voisine du cardia.

Le 10 avril, nouvel examen. Après ingestion d'une bouillie bismuthée, le spasme du cardia a, à peu près, complètement disparu. Il reste seulement quelques traces de bismuth et pendant très peu de temps, une demi-minute environ, au-dessus du cardia. L'image gastrique est sensiblement la même que celle notée hier. L'estomac, dans ses régions prépyloriques et pyloriques, est animé de contractions énergiques.

Le 12 avril, troisième examen radioscopique. Même image que la première fois : le bismuth arrêté au cardia avec mouvements antipéristaltiques intenses. La bouillie passe par intermittence dans l'estomac, en quelque sorte par jets.

Le 21 avril, cliniquement, le malade se sent mieux, il mange plusieurs petits potages par jour, ne vomit plus.

OBSERVATION XIV.

(Empruntée à la thèse de MICHEL, Lyon 1919.)

Val..., âgé de 66 ans, domestique, entre dans le service de M. DEVIC, le 12 mars 1919, pour « Vomissements ». En dehors d'un éthylisme très marqué, rien d'intéressant à noter dans ses antécédents.

L'affection actuelle remonte à un an environ. A cette époque, après avoir mangé, le malade ressentait une sensation de corps étranger au niveau du sternum; sensation qui disparaissait par l'ingestion d'un verre d'eau. Il avait un peu maigri et perdu ses forces, mais l'état général se maintenait encore bon. C'est au mois de janvier 1919 que la maladie s'aggrava et que les signes devinrent caractéristiques. Immédiatement après avoir mangé sa soupe, le malade était obligé de se lever de table pour rendre ce qu'il venait d'ingérer, indifféremment solides et liquides, et cela quotidiennement, après chacun des repas. Il y a une quinzaine, ces vomissements se sont considérablement espacés et le malade n'en a eus que deux ou trois après avoir avalé du pain mal mastiqué. Jamais il n'a eu de grands vomissements à jeun le matin ou dans l'intervalle des repas. Jamais d'hématémèse, ni de melaena. A l'entrée, le malade se plaint seulement de pesanteur épigastrique, immédiatement après le repas. L'appétit subsiste, diminué. L'amaigrissement est considérable, les forces se sont évanouies, lui rendant tout effort impossible. Teint jaune. L'abdomen est rétracté, le creux épigastrique sensible, mais l'exploration en est négative, on ne voit pas de voussure, on ne sent pas de tumeur.

Le 15 mars 1919, le malade, vu à la radioscopie, donne les résultats suivants :

Le bismuth s'accumule dans l'œsophage, arrêté au niveau du cardia. L'œsophage n'est pas sensiblement dilaté, il ne se vide que lentement, un peu de bismuth persistant encore au niveau du cardia dix minutes après l'ingestion. Quant à l'image gastrique, elle indique une cavité stomacale très réduite de volume par un gros néoplasme à peu près généralisé à tout le viscère.

Le 18 mars, on note que le malade n'a présenté, depuis son entrée, des vomissements qu'à trois reprises. A signaler aussi de temps à autre des régurgitations purement salivaires et, subjectivement, quelques douleurs épigastriques peu violentes.

Le 20 mars, la laparotomie est faite par le Docteur DELORE, qui trouve un énorme cancer gastrique occupant presque tout l'estomac et remontant très haut près du cardia. Devant l'impossibilité de faire une anastomose, on arrête là l'intervention.

Le 28 mars, le malade n'a pas vomis depuis son opération; se sentant très amélioré, il demande à sortir.

OBSERVATION XV.

(Empruntée à la thèse de MICHEL, Lyon 1919.)

Viv..., âgé de 75 ans, tisseur, entre dans le service de M. DEVIC, le 23 juin 1914, pour « Troubles digestifs consistant surtout dans une gêne à la déglutition des aliments et une forte constipation ». Dans ses antécédents, on relève la syphilis et plusieurs blennoragies dont les séquelles subsistent encore sous forme d'un rétrécissement de l'urèthre. Pas d'éthylisme marqué.

Les troubles actuels auraient débuté, il y a deux mois, par de la constipation, de la perte d'appétit, du dégoût des aliments et surtout de la dysphagie. Les aliments descendaient difficilement : ayant la sensation de l'aliment qui ne passe pas, il arrivait souvent au malade de rejeter immédiatement ce qu'il venait d'ingérer. Le pain, la viande ne cheminent que très péniblement, aussi Viv... se nourrit-il seulement de potages et de lait. L'amaigrissement et l'asthénie sont très grands. Le malade n'a jamais eu de vomissements ni alimentaires, ni sanglants, et il ne signale que des régurgitations survenant surtout après l'ingestion d'aliments solides. Augmentation de la salivation. Pas de sang macroscopiquement, mais Weber positif à deux reprises dans les fèces.

A l'examen, l'abdomen, qui est très souple, ne révèle rien à la palpation en dehors d'un peu de sensibilité dans le creux épigastrique, à gauche de la ligne médiane.

Le 27 juin, à la radioscopie, à jeun, rien à signaler. Deux cachets de bismuth successivement absorbés sont arrêtés quelques instants au niveau de la bouche œsophagienne, puis au niveau du cardia qui les retient bien plus longtemps. La bouillie qui est ensuite ingérée passe très bien au niveau de la bouche œsophagienne, mais, au niveau du cardia, il semble y avoir plutôt filtration que descente physiologique. En effet, une fois toute la soupe absorbée, l'œsophage apparaît légèrement distendu dans ses deux tiers inférieurs. L'estomac, qui s'emplit lentement, est presque tout entier à gauche de la ligne médiane, son bas-fond est à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic; il présente une lacune au niveau de la petite courbure, dans sa partie supérieure, et une autre lacune au niveau du bas-fond.

Le 27 juin, on note à nouveau : « Spasme du cardia avec stase de la bouillie dans l'œsophage. Estomac petit. Lacunes de la partie supérieure de la petite courbure et du bas-fond. » Le malade sort le 1^{er} juillet, ayant refusé l'intervention.

OBSERVATION XVI.

(Empruntée à la thèse de MICHEL, Lyon 1919.)

Gig..., cultivateur, âgé de 67 ans, entre dans le service le 25 mai 1919, pour « Troubles gastriques rebelles ». Dans ses antécédents, qui sont banals, on relève seulement de l'éthylisme.

Il y a un mois, le malade à commencé à souffrir de l'estomac : douleur violente au niveau du rebord des fausses côtes droites, survenant par crise, sans relations nettes avec les repas, s'irradiant vers l'ombilic. En même temps, grosse constipation. Peu de temps après ces troubles digestifs, se montrent des vomissements alimentaires qui durent quelques jours seulement pour ne plus se reproduire.

A l'entrée, malade affaibli, au teint jaune, avec une inappétence surtout marquée pour les matières grasses. Du côté de l'estomac, digestion difficile et douloureuse. Le moindre aliment ingéré provoque une sensation de pesan

teur épigastrique. Pas d'hématémèses. A l'inspection, on découvre une voussure dans la région stomacale, l'abdomen est tendu.

A la palpation, on sent une masse résistante sans point douloureux particulier. Pas d'ondes péristaltiques, pas d'ascite.

Le 1^{er} juillet, à la radioscopie, après ingestion de 80 grammes de bouillie bismuthée, on note : la bouillie bismuthée, déglutie normalement, s'arrête au cardia en distendant quelque peu l'œsophage. Au bout d'une minute et demie, très rapidement, en trois ou quatre bouchées, elle pénètre dans l'estomac qu'elle remplit. Le malade continue alors d'avaler sa bouillie, qui de nouveau s'arrête au cardia pendant une demi-minute environ pour enfin s'écouler dans l'estomac. Estomac un peu agrandi. Le pylore est à trois travers de doigt au-dessus et en dehors de l'ombilic. Lacune très nette de la région prépylorique, à bords festonnés, invariables, intéressant surtout le bord supérieur. Image permanente non modifiée par les mouvements passifs ou actifs. Cette région lacunaire est douloureuse à la pression.

Le malade, ayant refusé l'intervention, sort le 6 juillet 1919.

OBSERVATION XVII.

(Recueillie dans le service du D^r PARMENTIER.)

Madame R... (Julie), âgée de 34 ans, est venue consulter, le 18 octobre 1924, pour sensation d'étouffement dès l'ingestion des aliments et vomissements immédiats en fusée.

Le 23 octobre, elle entre à l'Hôtel-Dieu dans le service du Docteur PARMENTIER. Depuis un an, elle a la sensation de pesanteur gastrique après les repas. Puis des troubles plus nets ont apparu d'une manière progressive, sans que la malade ait à ce moment des contrariétés ou des ennuis particuliers. C'est depuis six mois que, petit à petit, la malade ressent une sensation d'étouffement aussitôt après l'ingestion des aliments, avec impression d'arrêt derrière

l'appendice xiphoïde. Ces accès de dysphagie surviennent alors, par crises nettes en dehors desquelles l'ingestion des aliments est normale. Lors de l'accès, tout peut rentrer spontanément dans l'ordre, ou bien un vomissement plus ou moins glaireux met fin aux malaises. Les aliments solides et absorbés rapidement sont d'abord seuls arrêtés, puis les liquides eux-mêmes produisent cette sensation d'arrêt momentané pour passer ensuite, petit à petit. Si, au moment de l'arrêt, la malade absorbe une gorgée d'eau, elle rend aussitôt les aliments ingérés mêlés à des glaires et à un liquide filant, sans goût, acide ou amer. C'est pourquoi la malade supprime volontairement les boissons aux repas. Dans l'intervalle, les liquides passent lentement, après sensation d'arrêt.

Ces troubles, qui survenaient par crises, apparaissent plus tard d'une manière plus continue. La malade n'a jamais présenté d'hématémèse ni de melaena. Elle n'a pas de douleurs gastriques ni abdominales. Elle présente un amaigrissement très marqué (16 kilogs environ).

Examen radioscopique pratiqué le 21 octobre 1924 par le Docteur MAINGOT : Six heures après un repas opaque le sulfate de baryum occupe le siège habituel, fin de l'iléon, cœcum, colon ascendant. Un paquet opaque pris debout derrière l'écran tombe au diaphragme, s'arrête, est déformé par des contractions qui, de temps en temps, le font remonter, se fragmente et passe par très petits morceaux dans l'estomac. Le reste du paquet demeure au diaphragme malgré la déglutition d'une gorgée d'eau. L'ingestion d'un lait baryté apprend que le bas de l'œsophage est dilaté.

Deuxième examen radioscopique pratiqué le 11 novembre 1924 par le Docteur MAINGOT :

Un paquet opaque, pris debout, derrière l'écran, tombe au diaphragme, s'arrête et demeure malgré la déglutition d'une gorgée d'eau. Des contractions du bas de l'œsophage font monter et descendre le paquet, le mouvement atteint une amplitude de 10 centimètres. Vingt à vingt-cinq minutes après l'ingestion du cachet, la situation est encore la même. Un cliché fait trente à quarante minutes après l'ingestion du cachet donne la même image.

Le 14 novembre, la sonde est arrêtée au même point et ramène un peu de baryte ingérée trois jours auparavant.

Le 21 novembre, elle est opérée dans le service du Professeur HARTMANN : Laparotomie, cancer de la petite courbure envahissant le cardia, gastrostomie, cœliotomie exploratrice.

Après cette opération, la malade a ressenti quelque amélioration, crises d'étouffements moins marquées, elle peut ingérer un peu de bouillon. Mais, bientôt, tous les troubles ont repris leur degré maximum et, actuellement, l'alimentation n'est possible que grâce à sa bouche stomacale et par des lavements alimentaires. Elle continue à vomir des matières glaireuses et sanguinolentes.

Guérison opératoire. La malade est morte peu après. La vérification nécropsique n'a pas pu être pratiquée.

OBSERVATION XVIII.

(Recueillie dans le service du P^r HARTMANN, grâce à l'obligeance
du D^r BERGERET.)

M. D... (Marius), âgé de 51 ans, employé de chemin de fer, entre dans le service le 21 avril 1925, envoyé par le Docteur BERGERET, parce que ses aliments ne passent plus et qu'il souffre de l'estomac.

Le malade, bien portant jusque il y a un an, a présenté à cette époque des douleurs abdominales, analogues à des coliques; commençant dans l'hypochondre gauche, remontant vers l'épigastre et irradiant un peu dans le dos. Ces douleurs, à peu près continues, légèrement calmées par le décubitus dorsal, présentant des paroxysmes aussitôt après les repas, jusqu'à deux heures après, durent environ deux mois.

Le malade, à la suite d'un régime comportant peu de liquides, voit ses douleurs cesser petit à petit; mais le malade n'a plus d'appétit. « Il dit se mettre à table sans faim parce que c'est l'heure. » De plus, il maigrit. Il y a environ trois semaines, les douleurs reprennent le malade brusquement, presque aussitôt le repas : elles ressemblent

plutôt à une pesanteur avec un point douloureux bas situé sur le côté gauche du thorax.

En même temps, les aliments semblent au malade ne plus passer, ou tout au moins après un temps très long, en s'arrêtant « comme près d'une barrière » dans son œsophage, aussi ne mange-t-il plus que des soupes ou des purées légères. Seuls, dit le malade, les liquides chauds ou les aliments pâteux descendent après un arrêt dans l'estomac.

Le 21 avril, le malade a vomi une orange qu'il avait essayé de sucer. Aussitôt l'ingestion de liquides, le malade a de nombreuses régurgitations.

A son entrée, le ventre apparaît ballonné et avec une circulation veineuse assez apparente. Lorsque le malade boit une gorgée de liquide, après le mouvement de déglutition, il sent le liquide s'arrêter, ne plus passer que petit à petit, puis, au bout de quelques secondes, on entend le même bruit que lorsque un liquide finit de passer dans un entonnoir.

Examen radiologique pratiqué le 22 avril 1925 :

A l'ingestion de la pâte opaque, l'œsophage se distend considérablement sur toute sa longueur. Le passage par le cardia se fait lentement par un mince filet. Le calibre de l'œsophage arrive à être une fois et demi le calibre normal. Une heure après, il reste encore une petite quantité de baryte dans l'œsophage. Les conclusions de cet examen sont : sténose du cardia.

Intervention chirurgicale pratiquée le 25 avril 1925 par le Docteur BERGERET : Laparotomie. Anesthésie locale à la novocaïne. Coélotomie verticale parallèle à la ligne médiane au travers du muscle droit, du côté droit. Carcinose péritonéale généralisée. Cancer de la petite courbure envahissant les parois de l'estomac et le cardia, de telle sorte qu'il reste beaucoup trop peu d'étoffe pour faire une gastrostomie dans de bonnes conditions. On referme la paroi.

Bonnes suites opératoires. Le malade ne peut absorber que la soupe liquide et ne peut ingérer le pain que l'on y ajoute.

OBSERVATION XIX.

(Recueillie dans le service du D^r PARMENTIER.)

M^{me} D..., 36 ans, cantinière, qui était auparavant bien portante, consulte un médecin en février 1924 parce que, depuis novembre 1923, elle présente un amaigrissement considérable de 27 kilogs. Elle est soumise à un régime sévère pour ulcus gastrique; cependant, aucune amélioration ne survient à la suite de ce traitement. Elle continue de maigrir. En juillet 1924, les aliments sont arrêtés et rejetés non ingérés, avec un liquide glaireux, non acide. La malade présente une sensation d'arrêt et de constriction en même temps que des nausées. Les aliments solides seuls produisent ces phénomènes et les liquides passent encore. Le 16 juillet 1924, on voit la malade à la radioscopie et on fait le diagnostic de rétrécissement du cardia, on essaye des dilatations avec des sondes olivaires, qui n'amènent aucune amélioration. La malade vient consulter dans le service du Docteur PARMENTIER; le 4 octobre 1924, elle entre dans le service. On pratique un examen radioscopique le 7 octobre : « Un paquet opaque laisse en passant un résidu dans la gouttière pharyngo-laryngienne, puis tombe au voisinage du diaphragme, et s'arrête dans une dilatation située à deux centimètres au-dessus du diaphragme. Pas de lacunes visibles. Le bas de l'œsophage s'effile en fuseau. » Les divers phénomènes constatés antérieurement s'accroissent, et un nouvel examen radioscopique, pratiqué le 25 novembre 1924, donne les résultats suivants : « Le médiastin postérieur est assombri à la bifurcation de la trachée. Un paquet opaque descend dans l'œsophage, remonte, redescend, et demeure, malgré la déglutition d'une gorgée d'eau. Le paquet baryté est en partie passé dans l'estomac un quart d'heure environ après la déglutition de la substance opaque. Le repas opaque ne remplit pas suffisamment l'estomac pour qu'il soit possible de le décrire. Le flux pylorique est extrêmement rapide. L'estomac est petit; les contours sont irréguliers, du sulfate de baryum reste retenu par places dans l'estomac au voisinage du cardia, comme s'il y avait des saillies lacunaires. »

La malade meurt environ trois semaines après, sans que l'on ait pu pratiquer, ni intervention, ni vérification anatomique.

OBSERVATION XX.

(Personnelle, recueillie dans le service du D^r PARMENTIER.)

M^{me} D..., 53 ans, lingère, vient à la consultation du Docteur PARMENTIER, le 9 avril 1921, parce qu'elle ne peut plus manger. La malade est une ancienne dyspeptique. Il y a environ un an, elle a remarqué que les aliments qu'elle absorbait passaient difficilement, en particulier le pain. Elle était obligée de boire une gorgée d'eau ou de liquide après chaque bouchée. Elle éprouvait, en même temps qu'une brûlure, une sensation d'arrêt au niveau du milieu du sternum, puis, peu à peu, les aliments solides ne pouvaient plus pénétrer dans l'estomac. Aussi, depuis six mois, la malade s'alimente uniquement de lait et d'œufs, elle présente fréquemment des vomissements survenant immédiatement après l'ingestion des aliments, vomissements contenant les aliments absorbés et quelques glaires, néanmoins la malade se remet à manger et une partie de ce qu'elle ingère arrive à passer.

Elle présente un amaigrissement considérable de 30 kilogs en six mois (de 100 kilogs elle est passée à 70 kilogs). La malade n'accuse aucune douleur, ni avant, ni après les repas.

Le 12 avril, examen radioscopique par le Docteur MAINGOT : « Un paquet opaque s'arrête à l'extrémité inférieure de l'œsophage et demeure. Un mucilage baryté reste retenu au-dessus du cardia. Le bas de l'œsophage est effilé. Au-dessus de la partie effilée, l'œsophage est légèrement dilaté. Le flux à travers le cardia est extrêmement mince.

L'œsophagoscopie confirme le diagnostic de la radioscopie : il y a un cardio-spasme.

A partir de cette époque, la malade entre à l'hôpital; elle continue à maigrir, elle ne pèse plus que 60 kilogs. Elle a une anorexie marquée et un dégoût progressif pour tout aliment; il lui devient impossible d'ingérer même des

liquides; elle présente des nausées. Elle présente une douleur à droite de l'ombilic et un léger œdème malléolaire. On sent une masse volumineuse dans l'hypochondre et le flanc droits. Le diagnostic est celui d'un cancer de l'estomac avec spasme œsophagien.

Le 21 juin, on constate un gros foie, dur, bourré de nodules néoplasiques descendant un peu au-dessous de l'ombilic. La malade a des adénopathies inguinales et cervicales. Elle a des selles noires, avec réaction de Meyer positive.

La malade rentre chez elle et meurt peu après dans une phase de cachexie terminale.

Pas de vérification anatomo-pathologique.

OBSERVATION XXI.

(Empruntée au mémoire de SOUPAULT,
dans le *Bulletin* de la Société Médicale des hôpitaux du 27 juin 1902.)

Femme, 56 ans. Présente des vomissements œsophagiens, est cachectique, ne peut plus tolérer aucun aliment. La sonde pénètre cependant à 53 centimètres des arcades dentaires. A l'autopsie, on constate un estomac petit, formant une masse située à la partie supérieure du creux épigastrique. Les parois sont très épaisses, sclérosées, la cavité est très réduite. Il y a cancer infiltré de l'estomac, la lésion occupant le viscère du cardia au pylore. La cavité de l'estomac est très petite, les parois sont presque accolées l'une à l'autre. La surface interne est mamelonnée de nodosités peu saillantes, l'œsophage est perméable. Le cardia est béant.

OBSERVATION XXII.

(Empruntée au mémoire de SOUPAULT,
dans le *Bulletin* de la Société Médicale des hôpitaux du 27 juin 1902.)

Femme, 42 ans. Depuis l'âge de 12 ans a des vomissements fréquents, sans cause, ou pour des causes futiles. Depuis un an, changement de scène : crampes d'estomac, aigreurs, renvois gazeux, vomissements, état général mau-

vais, appétit qui disparaît et amaigrissement. Depuis cinq semaines, la malade présente de la dysphagie, la malade demande à entrer à l'hôpital. Elle ne peut avaler aucune nourriture. Les troubles dysphagiques sont des plus nets. Les aliments sont arrêtés, elle ressent une barre transversale, présente de la salivation. Les liquides, de même, ne peuvent plus passer, sauf par petites gorgées. Le cathétérisme œsophagien est facile. La malade meurt dans la cachexie. A l'autopsie : estomac petit, rétracté, infiltration cancéreuse, contenant à peine un demi-verre. Œsophage sain, cardia perméable.

OBSERVATION XXIII.

(Empruntée au mémoire de SOUPAULT,
dans le *Bulletin* de la Société Médicale des hôpitaux du 27 juin 1902.)

Homme de 63 ans. Pris de douleurs d'estomac vives en mai 1899, a une sensation de serrement, sans horaire fixe. La santé continue bonne jusque décembre 1901. A cette époque, digestions difficiles, un mois après présente des troubles de la déglutition. En avalant, il a une sensation d'arrêt au niveau de l'œsophage. Les solides sont rejetés, puis, de loin en loin, les liquides. Le cathétérisme montre un œsophage perméable, mais, à partir de ce moment, la dysphagie est devenue absolue pour les solides et les liquides. Le malade maigrit de 10 kilogs en huit jours. L'examen de la région épigastrique est négatif. Le cathétérisme, vingt fois pratiqué, est normal, on pousse la sonde à cinquante centimètres des dents.

Pour soulager le malade, on le confie au chirurgien, M. HARTMANN, qui fait une laparotomie exploratrice. Il trouve : un estomac tout petit, rétracté à la partie supérieure de l'épigastre, du volume du poing à peine. Il était couvert de nodosités du volume d'un pois à une noix occupant toute son étendue du cardia au pylore. Le péritoine était envahi par des productions cancéreuses dont on relevait aussi la présence sur l'intestin. Le ventre fut refermé sans qu'on tentât aucune opération.

OBSERVATION XXIV.

(Empruntée à la thèse de MICHEL, Lyon 1919.)

Fo..., âgé de 43 ans, dessinateur, entre dans le service de M. DEVIC, le 16 avril 1919, pour « troubles gastriques ». Il a des antécédents banals, nie l'éthylisme et la syphilis et, mobilisé aux armées, a joui d'une bonne santé jusqu'en juillet 1918. A cette époque, a commencé à souffrir de l'estomac, ressentant des malaises aussitôt après les repas, consistant surtout en une pesanteur au creux épigastrique, avec bouffées de chaleur et régurgitations un peu acides. En août, l'état s'est aggravé, le malade souffrait de ses jambes au moindre effort : on aurait même constaté de l'œdème remontant jusqu'aux cuisses, sans qu'aucune trace d'albumine ait été décelée dans l'urine. A l'heure actuelle, le malade est très amaigri; il dit avoir perdu 15 kilogs. Son teint est jaune-paille. Il souffre toujours de son estomac, mais ne peut localiser autrement sa douleur qu'à toute la région sus-ombilicale, où il éprouve une impression de pesanteur. Depuis un mois, il s'est mis de lui-même au régime des liquides, par suite des difficultés qu'il éprouvait lors de l'ingestion des aliments solides et des vomissements qui la suivaient. A l'examen, abdomen déprimé. Dyssymétrie nette au niveau du creux épigastrique, sa moitié gauche étant soulevée par une masse qui, à la palpation, occupe tout l'épigastre et déborde dans l'hypochondre droit. Au niveau du creux sus-claviculaire, ganglions nombreux. Pas de trace d'œdème des jambes.

Le 16 avril 1919, à la radioscopie, le malade ne peut avaler que la moitié de sa soupe bismuthée, le reste refuse de passer. On note un œsophage plein de bismuth, pas sensiblement dilaté, avec des mouvements antipéristaltiques très accentués. On voit filtrer un petit filet de bismuth qui descend en traînée verticale, arrive à former une ombre de la grosseur d'une noix, puis une petite traînée horizontale nettement sus-ombilicale décelant un très petit estomac. Le 17, le malade se plaint que, depuis qu'il a absorbé son bismuth, il n'a pu prendre ni son potage, ni même de l'eau.

La dysphagie est intense et il a rejeté à peu près tous les liquides qu'il a essayé de déglutir. La radioscopie montre qu'il reste encore, après vingt-quatre heures, de la bouillie bismuthée dans l'œsophage et dans l'estomac. L'œsophage, qui est encore plein, présente d'énergiques mouvements antipéristaltiques, l'image gastrique, très nette, est la même que la veille. On a, en somme, une colonne bismuthée continue du pylore au tiers moyen de l'œsophage, simplement un peu rétrécie au niveau du cardia. Le 18, sans ingestion d'une nouvelle soupe, on trouve l'œsophage vide, mais l'estomac encore plein, offrant la même image. Le 22, le malade demande à sortir. Il est toujours dans le même état, c'est-à-dire que seuls passent, et encore quand ils sont avalés lentement, les aliments liquides.

ETUDE CRITIQUE

De notre étude et des observations que nous avons recueillies, il résulte que la question de la forme œsophagienne du cancer de l'estomac, si elle n'est pas un fait courant, n'est pas une rareté.

Nos observations peuvent se diviser en deux catégories : celle où l'élément nerveux joue un grand rôle, par la nature du terrain sur lequel le néoplasme évolue et dans laquelle presque toujours le spasme œsophagien sera le signe principal et prédominant, à la suite duquel, par un examen clinique et radiologique, on découvrira la vraie cause du mal, ce sera là la *variété réflexe*.

Dans une autre catégorie nous aurons des malades : les uns dont l'estomac petit, infiltré, n'a plus qu'une contenance minime et ainsi oblige les aliments à stagner plus haut ; les autres dont l'estomac présente une tumeur qui, par un processus d'extension de proche en proche, va gagner la partie supérieure de cet organe tout en respectant l'œsophage, mais en créant à distance une gêne considérable, ce seront les cas de *variété mécanique*.

A l'heure actuelle où la syphiligraphie a fait des progrès considérables et où la notion de syphilis du tube digestif est un fait aujourd'hui démontré, tant par les cas de cancer de la langue, les cas d'estomacs biloculaires syphilitiques, les cas de rétrécissements du rectum, il serait intéressant, dans chaque nouveau cas de néoplasme gastrique, de rechercher, non seulement les stigmates de la syphilis, mais encore de pratiquer toutes les réactions sérologiques actuellement connues en matière de syphilis. On sait d'ailleurs que l'association morbide syphilis-cancer est particulièrement fréquente chez les sujets jeunes ainsi que peut en témoigner notre observation I.

CONCLUSIONS

I. La forme œsophagienne du cancer de l'estomac a acquis droit de cité en pathologie gastro-intestinale, elle doit donc désormais figurer dans les traités classiques.

II. On peut diviser la forme œsophagienne du cancer de l'estomac en deux variétés : l'une spasmodique, dans laquelle l'élément nerveux est prédominant, qu'il s'agisse d'un cardio-spasme proprement dit ou d'un phrénospasme; l'autre mécanique qui peut donner des signes œsophagiens, par compression directe ou indirecte (adénopathie) de l'extrémité inférieure de l'œsophage par la tumeur ou par propagation du néoplasme envahissant, ou enfin par insuffisance de la capacité gastrique, sans qu'il y ait de sténose.

III. Le diagnostic de cette forme œsophagienne du cancer de l'estomac est quelquefois délicat : il ne peut être fait qu'avec le concours d'un examen clinique précis et soigné, suivi d'un examen radiologique et même d'un examen œsophagoscopique qui lèvera tous les doutes, s'il y en a.

IV. Une fois le diagnostic de forme œsophagienne du cancer de l'estomac posé, le médecin pourra essayer, avec l'aide du chirurgien, de donner au malade, dans certains cas, sinon une guérison, du moins une amélioration notable et quelquefois durable, justifiant ainsi le vieil adage : « Soulager d'abord, guérir ensuite si l'on peut ».

Vu :

Le Président de la Thèse,
CH. ACHARD.

Vu :

Le Doyen,
ROGER.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

- SCHRAMECK *Thèse*, Lyon, 1895.
- SOUPAULT *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 27 juin 1902.
- CHAUFFARD *Journal des Praticiens*, 1904, page 209.
- CHAUFFARD *Journal des Praticiens*, 21 juin 1919.
- ESSART *Thèse*, Lyon, 1907.
- BERTIER *Thèse*, Paris, 1908.
- JACQUIER-BRÊT *Thèse*, Lyon, 1909.
- GUISEZ *Traité des maladies de l'œsophage*, 1911.
- ROUSSEAU *Thèse*, Paris, 1911.
- BÉCLÈRE ET MÉRIEL *Rapport sur l'exploration radiologique dans les affections chirurgicales de l'estomac et de l'intestin*, 1912.
- M^{lle} NADEJDA TRECHTENKOW. *Thèse*, Paris, 1913.
- M^{lle} LANDESMANN *Thèse*, Paris, 1917.
- MICHEL *Thèse*, Lyon, 1919.
- M. LOEPER ET J. FORESTIER .. *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, 1921, page 307.
-

PARIS, IMP. P. DUPONT (B.)

